

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

1562

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean RAOULT

Né le 30 Avril 1914, à AVRANCHES (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE

Statistique
concernant 362 cas d'appendicectomies
avec
incision transversale de Henry-Delagénère

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1205

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean RAOULT

Né le 30 Avril 1914, à AVRANCHES (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'APPENDICITE

Statistique
concernant 362 cas d'appendicectomies
avec
incision transversale de Henry-Delagénère

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen. TIFFENEAU.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale.	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale.	N...
	HAZARD.
	HOVELAQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD EL.	Pathologie médicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON	Hygiène.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
DOGNON	Physique.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	LAVIER	Parasitologie.
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.		



MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
 PETIT.
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 NEVEU-
 I-EMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELIER
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554628_0046

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIEU
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN
Chirurgien de l'Hôpital du Mans

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué ses
précieux conseils au cours de son
élaboration.

Témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DU MANS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE

I. — INTRODUCTION

L'origine de nos connaissances sur l'appendicite ne remonte qu'à une époque relativement récente, mais la fréquence de cette maladie a rendu très rapides les progrès de son traitement ; nous n'avons pas l'intention d'en rappeler ici les étapes ; elles ont été marquées par l'apparition de différentes méthodes opératoires dont une seule, l'appendicectomie avec incision transversale, retiendra notre attention.

Imaginée et mise au point vers 1910 par Henry Delagénère, qui, jusqu'alors, avait employé l'incision de Jalaguier, elle lui parut donner des résultats supérieurs à ceux qu'il avait obtenus antérieurement ; aussi, par la suite, l'adopta-t-il d'une façon définitive. Cette méthode a survécu à son auteur puisqu'elle est encore d'un usage courant.

Grâce à l'obligeance du Docteur Papin, Chirurgien de l'Hôpital du Mans, nous avons pu recueillir quelques centaines d'observations d'appendicectomies, pratiquées par lui, avec incision transversale. En les passant en revue, nous n'aurons pas la prétention d'apporter des faits nouveaux en faveur de la technique d'Henry Delagénère ; nous verrons seulement

que, si son intérêt n'est pas resté purement historique, c'est que l'on peut attendre d'elle des résultats justifiant pleinement son emploi, non seulement en ce qui concerne la mortalité post-opératoire, mais surtout au point de vue des suites immédiates et lointaines : Nous aurons en effet l'occasion de signaler, d'une part, la rareté des abcès secondaires ; d'autre part, l'absence d'éventrations ; or, ces deux complications, surtout, sont à redouter, puisque c'est à elles que sont imputables la plupart des réinterventions après appendicectomie.

II. — TECHNIQUE DE L'APPENDICECTOMIE AVEC INCISION TRANSVERSALE DE HENRY DELAGENIERE

Quelles que soient les formes d'appendicite devant lesquelles on se trouve, la première partie de l'opération, dont le but est d'ouvrir la cavité péritonéale, est toujours identique. L'incision cutanée se fait sur une ligne joignant les deux épines iliaques antérieures et supérieures. Sa limite externe est à un centimètre et demi environ de l'épine droite. Sa longueur est évidemment variable suivant les circonstances : chez les enfants dont le pannicule adipeux n'est pas encore très développé, deux centimètres suffisent ; mais on peut la faire un peu plus large chez l'adulte surtout s'il s'agit d'un sujet obèse. Quelquefois, des difficultés spéciales surgissent au cours de l'opération : l'appendice est anormalement placé, il est adhérent, difficile à extérioriser : alors, il est toujours temps, à ce moment, de prolonger l'incision, du côté interne, naturellement.

La peau et le tissu cellulaire sous-jacent écartés, nous tombons sur l'aponévrose du grand-oblique dont les fibres se dirigent perpendiculairement à l'incision cutanée. Nous fendons cette aponévrose dans ce sens,

et sur une longueur de quatre à cinq centimètres, nous écartons les lèvres à l'aide de deux pinces ; ainsi se trouvent dégagés les muscles petit oblique et transverse.

En insinuant entre les faisceaux musculaires, et parallèlement à leur direction une paire de ciseaux ronds, fermés, puis en les ouvrant ensuite, on obtient une discision transversale des fibres ; les supérieures sont écartées en haut, à l'aide des écarteurs de Farabeuf, et les inférieures en bas. Dans la brèche ainsi formée apparaît le péritoine. Il suffit de le soulever à l'aide de deux pinces, puis de l'ouvrir.

Les trois plans qui forment la paroi abdominale en cet endroit : peau et tissu cellulaire, aponévrose, muscles, sont incisés le premier transversalement, le second longitudinalement, le troisième transversalement. Les solutions de continuité de deux plans adjacents ne se superposent pas ; elles se croisent et s'intriquent, ce qui prédispose moins à une faiblesse post-opératoire de la paroi.

La laparotomie pratiquée de cette manière met directement à nu le cæcum ; à l'aide de deux pinces, nous le déroulons de haut en bas jusqu'à ce qu'apparaisse la base de l'appendice, que nous saisissons et exteriorisons.

Deux fils sont passés à travers le méso ; celui-ci est ligaturé en masse avec l'un des fils, tandis que l'autre sert à lier l'appendice à sa base ; l'organe est ensuite sectionné au thermocautère.

Dans les cas simples, fermeture du péritoine au cat-

gut ; les deux faisceaux formés artificiellement dans le plan musculaire se rapprochent d'eux-mêmes, et sont réunis par un seul point. On suture ensuite l'aponévrose ; enfin, deux crins affrontent les lèvres de l'incision cutanée.

La technique est la même dans les cas d'appendicite gangréneuse ou de péritonite : la seule différence est la nécessité d'un drainage. Un drain en caoutchouc, perforé, est introduit dans le Douglas avant que le péritoine ne soit refermé. La méthode de H. Delagénère consiste à le faire passer à travers le grand-oblique, non pas par l'incision faite lors de l'ouverture du ventre, mais par une petite brèche pratiquée à un centimètre en dehors de la précédente, et correspondant à l'angle externe de l'incision cutanée. Cette brèche est juste assez large pour livrer passage au drain.

Nous verrons que cette technique toute spéciale met les malades à l'abri des éventrations secondaires, et, par suite, permet d'user largement et sans crainte du drainage.

En suivant cette méthode, il est possible de suturer complètement l'aponévrose du grand-oblique, comme dans les cas où l'on n'a pas mis de drain.

Placé comme nous l'avons dit, il se trouvera exactement au point le plus déclive de l'abdomen lorsque le malade sera dans le décubitus latéral droit, après l'intervention. Il sera supprimé au bout de quelques jours si l'opération n'a montré qu'une simple réaction séreuse du péritoine ; on le laissera plus long-

temps s'il s'agissait d'une péritonite généralisée. Il sera d'abord mobilisé tous les jours, raccourci vers le cinquième ou sixième jour, enfin enlevé au bout de deux ou trois semaines, lorsque la suppuration sera tarie.

Dans les cas d'appendicite simple, non drainée, le malade sera purgé le surlendemain de l'opération, puis alimenté progressivement et pourra quitter l'hôpital au bout d'une dizaine de jours. La prise biquotidienne d'une cuillerée à dessert d'huile de paraffine avant les repas le mettra à l'abri de la constipation. Ce traitement sera continué pendant trois mois.

III. — SUR 362 CAS D'APPENDICITE OPERES SUIVANT LA TECHNIQUE DE H. DELAGENIERE

La méthode dont nous venons de rappeler très brièvement les principaux points est employée exclusivement à toute autre par le Docteur Papin, élève de Delagénère, dans son service de Chirurgie infantile de l'Hôpital du Mans. Dans ce modeste travail, nous voudrions exposer les résultats que la technique du Maître lui a permis d'obtenir au cours de ces trois dernières années, pour un total de trois cent soixante-deux appendicectomies.

Nous jetterons d'abord un coup d'œil d'ensemble sur les diverses formes d'appendicite que nous avons vu passer dans le service depuis le début de l'année 1937, en notant, pour chacune d'elles leur fréquence relative.

Il est très difficile d'établir une classification des appendicites ; sur leurs causes, nous n'avons que des idées à la fois sommaires et incertaines. Quant à leur aspect clinique, il est très polymorphe, et l'on sait qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre l'intensité des symptômes observés, et la gravité réelle de l'affection. Nous ne pouvons nous baser davantage sur le laps de temps qui se sera écoulé entre le début des

accidents et l'intervention : chez l'enfant surtout, cet intervalle est souvent bien difficile à évaluer même approximativement. De plus, l'évolution d'une appendicite est capricieuse ; on ne saurait dire qu'elle en est à tel stade au bout de tant d'heures ; témoins, les péritonites généralisées d'emblée. Notons seulement en passant que, le diagnostic fermement posé, l'enfant est opéré au plus tôt, suivant le précepte « toujours et tout de suite », même si la maladie remonte à plus de quarante-huit heures.

C'est sur l'examen macroscopique des appendices enlevés que reposera notre classification. Ce point de vue anatomo-pathologique paraît être le plus objectif : de la gravité des lésions dépendent celle de la maladie, et le pronostic. (En fait, c'est encore ici une question d'interprétation : n'y a-t-il pas des lésions qui paraissent légères, et sont graves en réalité ?)

Nous n'indiquerons pas, dans la statistique qui suit, le nombre des opérés qui ont été drainés, ni le pourcentage des décès, nous réservant de traiter plus loin ces questions.

Nous avons vu, au cours de ces trois dernières années, 362 malades, qui peuvent être répartis ainsi :

1° 38 appendicites chroniques ;

2° 75 appendicites subaiguës, chez lesquelles on a pu constater une vascularisation anormalement intense de l'organe. Parmi ces deux catégories, rares ne sont pas les cas dans lesquels des adhérences ou des brides déforment le méso. Cependant, on peut en noter 44 chez lesquels ces adhérences sont particuliè-

rement importantes, collant l'appendice, soit aux parois du cæcum, soit à l'intestin grêle, soit à la fosse iliaque. Il s'agit de malades qui ont déjà présenté une ou plusieurs crises dans le passé.

3° 167 appendicites aiguës, soit presque la moitié des 362 opérés. L'organe a une allure nettement inflammatoire ; toutes ses couches prennent part aux réactions de défense ; il est rouge, quelquefois turgescent. Sur ces 167 appendices, certains montrent des lésions spéciales : une dizaine sont déjà en voie de gangrène ; 28 sont remplis de pus, ou bien celui-ci se trouve seulement à l'extrémité libre, mais en vase clos et sous tension ; enfin, 17 ont provoqué une réaction séreuse, non purulente du péritoine.

4° 31 appendicites gangréneuses. L'appendice volumineux, souvent de la grosseur du pouce, est entouré de fausses membranes, et difficile à extérioriser, tant il est friable. On voit sur sa surface extérieure de larges plaques escharrotiques d'un vert noirâtre ; une réaction péritonéale s'ensuit ; elle est plus ou moins importante, mais séreuse.

5° Enfin, 51 péritonites généralisées. Ou bien l'appendice est presque totalement gangrene, largement ouvert dans le péritoine à son extrémité libre ; ou bien, plus rarement, il ne montre pas la moindre perforation à l'œil nu ; peut-être est-il criblé de multiples pertuis microscopiques ; quoi qu'il en soit, dans les deux cas, la cavité séreuse est remplie de pus, ou d'un liquide sanieux et fétide. Ce nombre 51 représente une proportion élevée du total général, environ 14 %.

Ce pourcentage serait d'ailleurs beaucoup plus fort si nous ne considérions que les sujets dans la première enfance ; c'est ainsi que sur les 362 opérés, 18 seulement ont moins de 4 ans, et 11 d'entre eux, soit 61 %, se classent dans cette cinquième catégorie. Cette fréquence particulière de lésions importantes chez les très jeunes montre combien l'affection évolue vite à cet âge. Peut-être aussi est-elle diagnostiquée plus tardivement à cause de la difficulté de l'examen clinique de l'enfant qui localise mal ses sensations et ne peut guère donner de renseignements au médecin.

Signalons, pour terminer cette aride énumération, quelques particularités qui ont été rencontrées, par exemple, les appendices vermineux, au nombre d'une dizaine. Au point de vue topographique, on peut noter trois appendices rétro-vésicaux ; d'autres, et ceci est moins rare, sont sous-hépatiques ; 44, soit environ 12 %, sont rétro-cæcaux.

Remarquons enfin que la fréquence de l'appendicite varie à peu près proportionnellement avec l'âge. Tandis que neuf enfants seulement sont âgés de 9 ans, dix-neuf ont 6 ans, vingt-trois ont 9 ans, quarante ont 12 ans. Plus les sujets sont jeunes, plus l'affection est sérieuse, mais moins elle est fréquente.

Elle varie également avec les saisons. Nous avons été frappé par le nombre des cas observés pendant les mois de janvier, février et mars ; ils représentent 40 % de la totalité des appendicectomies faites au cours d'une année, et ceci au détriment de la saison d'été, qui, sous ce rapport, est une saison creuse. En

outre, les appendicites très graves se présentent souvent en série ; on en constate sept ou huit dans une période relativement restreinte, et toutes sont du même type, revêtant ainsi un caractère quasi-épidémique. Le fait ne semble d'ailleurs pas être spécial à l'hôpital, on peut le noter, aux mêmes époques, dans les diverses cliniques de la ville. Un facteur inconnu, et prédisposant à la maladie, n'existerait-il que périodiquement, et surtout l'hiver ? L'eau jouerait-elle un rôle expliquant la fréquence de l'appendicite pendant la saison des pluies ? Pour notre département de la Sarthe, où presque toutes les rivières sont utilisées et corrompues par l'industrie du chanvre, il est permis de se poser la question.

TABLEAU RÉSUMANT LES DONNÉES CI-DESSUS

FORMES DE L'APPENDICITE	NOMBRE DE CAS
Appendicites chroniques	38
Appendicites subaiguës	75
Appendicites aiguës	167
Appendicites gangréneuses . . .	31
Péritonites généralisées	51
TOTAL	362

IV. — RESULTATS IMMEDIATS ET ÉLOIGNES

Que sont devenus les malades que l'on vient de grouper dans les cinq catégories précédentes ? La réponse à cette question permettra de comparer les résultats obtenus en suivant la technique décrite précédemment avec ceux qui sont exposés dans d'autres statistiques et concernant des sujets opérés suivant d'autres méthodes. On pourra ainsi apprécier si celle qui fait l'objet de ce travail présente quelques avantages.

Le plus évident, et il semble superflu de s'y arrêter, est l'esthétique de la cicatrice transversale, moins visible par la suite, et qui n'a que de deux à quatre centimètres de long ; ceci n'ajoute d'ailleurs rien à la difficulté de l'opération, puisque l'on tombe, là où l'incision est faite, juste sur le cæcum. Néanmoins, ce sont là des détails qui, pour n'être pas négligeables, doivent s'effacer devant d'autres considérations, d'ordre vital : pourcentage des guérisons et des décès, des complications, des séquelles.

§ 1. — Mortalité.

Pour 362 cas d'appendicectomie, nous avons enregistré 10 décès, ce qui fait une mortalité de 2,76 %. Tel est le résultat brut. Les chiffres, à eux seuls, n'ont pas toujours la signification absolue que l'on serait tenté de leur donner, leur abstraction demande quelques commentaires.

Les dix malades décédés peuvent se répartir de la façon suivante : huit d'entre eux, au moment de l'opération, en étaient déjà au stade de péritonite généralisée depuis plusieurs heures, et même, pour certains, depuis plusieurs jours. Ils sont morts des progrès de la péritonite, à laquelle ont pu s'ajouter dans plus d'un cas, des phénomènes infectieux pulmonaires. Un autre présentait un appendice gangréneux sous-vésical ; sa situation et sa friabilité rendirent son ablation particulièrement difficile. Enfin, le dixième fut emporté par une broncho-pneumonie.

Ainsi, ce chiffre, 2,76 %, représente la mortalité d'un lot de malades parmi lesquels nous avons, ne l'oublions pas, 51 péritonites généralisées ; les cas *a priori* défavorables ont donc été très abondants. Parmi ceux-ci, près de 16 % sont décédés. Si nous exceptions de la précédente statistique ces 51 cas très graves pour lesquels il fallait s'attendre à de nombreux succès, il nous resterait 311 appendicites chroniques, subaiguës, aiguës et gangréneuses, avec deux décès

seulement, ce qui ne représente qu'une mortalité de 0,67 %.

De plus, il faut considérer l'âge des malades. Nous avons montré la fréquence relative des péritonites chez les jeunes enfants. On peut déjà se rendre compte que ce sont eux qui fournissent une grande partie des insuccès, et c'est en effet ce qui se réalise. Sur l'ensemble de nos 50 péritonites, 11 cas concernent des petits, âgés de moins de 4 ans; 5 d'entre eux sont morts très peu de temps après l'opération, soit 50 % de la mortalité globale. D'autre part, 9 décès sur 10, soit 90 %, sont survenus chez des enfants de moins de 9 ans. Si la présente statistique ne s'appliquait pas uniquement à des sujets de moins de 15 ans, le chiffre de 2,76 % se trouverait probablement très abaissé du fait de la bénignité relative de l'affection chez les adultes.

Pour confirmer ces remarques, nous nous permettons d'exposer les résultats obtenus par le Docteur Papin, toujours dans le même service de Chirurgie infantile, au cours des années 1934, 35 et 36. Il a opéré un total de 327 appendicites. Cependant, le nombre des malades très jeunes et très graves était moins élevé. Il n'a dû enregistrer, au cours de ces trois années, que 7 décès, soit 2,1 %.

Encore doit-on signaler que l'un d'eux est mort d'une méningite tuberculeuse passée inaperçue au début, et qui en avait imposé pour une appendicite ; un autre, à l'occasion d'hémorragies intestinales profuses s'est révélé atteint de fièvre typhoïde, confirmée

bactériologiquement, et qui l'a emporté peu après. Ces deux malades, de toute évidence, n'ont pas été victimes de l'appendicectomie ni de ses suites ; ce n'est que par souci d'objectivité que nous les rangeons parmi les insuccès.

Ainsi, pour l'ensemble des six dernières années, sur 689 interventions, il s'est trouvé 17 décès, soit 2,46 % des opérés, malgré la gravité particulière de cas nombreux, et en comptant ceux pour lesquels il vient d'être fait quelques réserves.

Veut-on comparer ces résultats avec ceux qu'obtiennent divers chirurgiens, en employant des méthodes différentes ? Il suffit de jeter un coup d'œil sur les statistiques publiées dans les *Archives Franco-Belges de Chirurgie* (années 1933-34, p. 129). Les chiffres exposés sont compris entre 2,8 % et 17,64 % ; mais ils concernent pour la plupart des adultes ; en outre, l'un des praticiens, qui accuse le taux de 2,8 %, précise qu'il intervient souvent après refroidissement, alors que nos malades sont opérés « toujours et tout de suite ».

Au point de vue de la mortalité, la technique de Delagénière peut donc soutenir, à son avantage, la comparaison avec n'importe quelle concurrente. Les décès enregistrés sont imputables à des cas très graves d'emblée, ou bien vus et diagnostiqués trop tard. Malheureusement, de tels cas existeront toujours ; aussi ne peut-on pas espérer abaisser à zéro le taux des insuccès : les possibilités humaines ont des limites que nous pouvons reculer, mais non supprimer.

TABLEAU RÉSUMÉ MONTRANT LE TAUX DE LA MORTALITÉ
APRÈS APPENDICECTOMIE CHEZ 707 MALADES

Années	Nombre d'opérés	Nombre de décès	Pourcentage des décès
1936	327	7	2,1 %
1935			
1934			
1937	362	10	2,76 %
1938			
1939			
TOTAL. . .	689	17	2,46 %

§ 2. — Complications immédiates.

Près de quatre-vingt-dix-huit pour cent des malades guérissent, et quittent l'hôpital après y avoir fait un séjour plus ou moins long suivant la gravité de leur état. Pour la grande majorité d'entre eux, les suites opératoires sont sans histoire ; mais il en est quelques-uns dont la convalescence est troublée par certaines complications imprévues.

Les plus fréquentes sont les complications pulmonaires. A part un cas relaté plus haut (où l'on voit une broncho-pneumonie entraîner la mort du malade sans que l'appendice présente d'importantes lésions), il s'agit généralement d'un foyer d'hépatisation qui se résout au bout de quelques jours à l'aide du traitement habituel des congestions pulmonaires. L'infec-

tion prend quelquefois la forme de fluxion de poitrine, et tout le thorax, y compris les parties superficielles, semble réagir. Il est rare que les complications pulmonaires nécessitent une réintervention. Une seule fois cependant, il a fallu, quinze jours après une appendicectomie, vider un épanchement pleurétique purulent. Ces pneumopathies sont plutôt la conséquence de l'anesthésie que de l'appendicectomie, aussi n'est-ce pas en se basant sur elles que l'on peut juger la valeur d'une méthode opératoire, et, à ce titre, elles ne nous intéressent que secondairement.

Les complications locales retiendront davantage notre attention. Nous n'en avons vu que deux cas; nous allons résumer les observations qui s'y rapportent :

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 11 ans. A l'intervention, l'appendice ne montre pas de grosses lésions, et l'on conclut à une appendicite subaiguë. Cinq jours après le malade accuse de violentes douleurs dans le bas-ventre. Elles sont surtout localisées dans la fosse iliaque gauche, ce qui oblige à pratiquer une laparotomie exploratrice médiane, au cours de laquelle on découvre de nombreuses adhérences réunissant le grêle et le cæcum à l'anse sigmoïde, et qui cachent un important foyer purulent ; cet abcès secondaire est vidé et drainé. L'enfant sort peu après, guéri.

Chez le second malade, l'appendice gangrené et adhérent est enlevé par débris, quoique entièrement, mais un calcul stercoral est probablement abandonné dans la cavité péritonéale. Cinq jours après, de vio-

lentes douleurs, accompagnées d'une ascension thermique, posent la question d'une réintervention ; l'expectative est décidée ; le surlendemain, on assiste à une sédation des douleurs et une amélioration de l'état général, tandis que s'ouvre une fistule stercorale, qui, par la suite, guérit spontanément.

Tels sont les deux cas, sur trois cent soixante-deux, pour lesquels on a pu observer des complications locales importantes ; une seule fois il a fallu réintervenir pour ouvrir un abcès secondaire. Jamais nous n'avons vu d'occlusion nécessitant une nouvelle opération. Seules de banales parésies intestinales, mais passagères, ont pu être notées (nous exceptons, bien entendu, les péritonites mortelles, dans lesquelles la paralysie intestinale s'associe à l'infection générale pour emporter les malades). On peut donc conclure à la rareté des complications graves consécutives à l'appendicectomie avec incision transversale. Or, elles paraissent d'ordinaire assez fréquentes, et, si l'on prend à témoin les diverses statistiques publiées, elles sont souvent la cause de décès.

A côté de ces accidents importants, il en est d'autres qui sont, si l'on peut dire, bénins. Tels les abcès de la paroi ; nous n'en avons jamais enregistré non plus. Or, s'ils ne sont pas d'une importance vitale, ils sont cependant démoralisants pour le malade dont ils reculent l'heure de la guérison définitive.

§ 3. — Séquelles.

En est-il de même des suites lointaines ? Il n'est pas rare de voir des malades opérés d'appendicite se plaindre, pendant les quelques mois qui suivent, de légers troubles locaux, qui sont peut-être dus à des adhérences, et disparaissent à la longue sans traitement spécial. Nous laisserons dans l'ombre ces séquelles négligeables ; elles sont négligeables en effet si on les compare à une autre, bien plus grave, et qui domine le pronostic éloigné des appendicectomies : l'éventration.

Celle-ci est le plus souvent consécutive au drainage, dont il nous faut dire maintenant quelques mots : Tout le monde est d'accord sur sa nécessité, au moins dans certains cas, par exemple lorsqu'on se trouve en face d'une péritonite généralisée. Alors, l'intervention n'a pas seulement pour but de supprimer l'appendice : il n'a été que le point de départ d'un incendie maintenant bien plus étendu ; si l'on refermait entièrement la paroi abdominale, le pus resterait en vase clos comme avant l'opération, alors que le drainage atténue sa virulence et lui permet de s'écouler au dehors (quel chirurgien, après avoir ouvert un abcès, serait tenté de le refermer aussitôt ?).

Mais, d'un autre côté, cette pratique retarde la cicatrisation des plaies opératoires, et le passage du drain, faisant communiquer la cavité péritonéale avec l'extérieur, crée sur la paroi abdominale un point de

moindre résistance qui pourra céder sous la poussée des viscères abdominaux lors des efforts, des mouvements, de la toux ; il en résultera une éventration plus ou moins large. Le malade sera guéri de l'appendicite, mais il lui restera cette infirmité, à moins qu'il accepte de se soumettre à une nouvelle intervention dont le résultat sera aléatoire. Tels sont les accidents qui peuvent résulter du drainage, accidents qui sont loin d'être rares, d'après MM. Clavel et Colson :

« Il est difficile, disent-ils, d'évaluer de façon précise la fréquence relative des éventrations par rapport au nombre d'appendicectomies à chaud. Sur ce point, les chiffres les plus variés sont relevés suivant les statistiques. Bruyère, dans sa thèse inspirée par MM. Tixier et Bertrand, montre que la proportion augmente avec la gravité des cas considérés. De 2 % dans les cas simples et non drainés, elle monte à plus de 50 % dans les cas de péritonite grave...

« Si l'éventration constitue un mal nécessaire après certaines appendicectomies graves, il serait souhaitable que la cure chirurgicale de cette complication obtînt de bons résultats. Or, il n'en est pas toujours ainsi. Pour s'en tenir à la statistique précédente, sur 68 cas d'éventrations post-appendiculaires, qui ont pu être l'objet d'un examen à longue échéance, il y eut 6 récurrences manifestes, soit près de 10 %. Dans certaines séries, d'ailleurs, le taux s'élève à 16 %. » (*Journal de Chirurgie*, t. XLIII, n° 5, mai 1934.)

S'il reste des cas indiscutables pour lesquels le drai-

nage s'impose malgré ces inconvénients, pour beaucoup d'autres, son emploi serait indiqué, mais sans être d'une nécessité absolue : légère réaction du péri-foine, appendice un peu sphacélé ou contenant du pus, et que l'on n'est pas sûr de pouvoir extérioriser sans ensemençer la séreuse avoisinante. C'est alors que l'on reste perplexe devant ce dilemme : ou risquer une éventration, ou risquer des complications infectieuses. Ajoutons d'ailleurs que si l'on choisit cette dernière alternative, et qu'une suppuration s'établisse, le pus cheminera à travers la plaie opératoire refermée, qu'il réouvrira malgré les sutures ; la nature fera pour le plus grand bien du malade, ce que le chirurgien n'aura pas osé faire, mais il en résultera peut-être une éventration beaucoup plus large que si le drainage avait été volontaire.

Pour quiconque adopte le procédé de Delagénrière, ce dilemme n'existe plus. Nous avons déjà fait remarquer qu'en suivant cette technique, les incisions de deux plans superposés se croisent et forment comme un treillis. Si, par hasard, les viscères arrivent à se frayer un chemin à travers la solution de continuité des fibres musculaires, transversales, ils sont arrêtés par la barrière aponévrotique sus-jacente, qui, dans ce sens, a conservé toute sa solidité.

Pour se rendre compte de l'efficacité d'une telle disposition, il suffit, au cours de l'intervention, aussitôt après avoir sectionné l'appendice, de retirer les pinces et les écarteurs qui maintiennent béante l'ouverture de la paroi ; on voit alors cette dernière se

fermer d'elle-même et ce n'est pas toujours facile de réouvrir pour suturer le péritoine.

D'autre part, on fait passer le drain par un orifice spécial ménagé dans l'aponévrose du grand-oblique, donc, en plein tissu sain ; cet orifice ne peut s'agrandir ni en haut ni en bas, sous l'influence de la pression intra-abdominale, car il est limité par les fibres tendineuses, très solides. Au contraire, en suivant les autres méthodes, on place le drain dans l'angle supérieur de la première incision aponévrotique ; celle-ci est beaucoup plus large que lui ; sans doute se cicatrise-t-elle dans ses trois quarts inférieurs, mais lorsque l'on enlève le drain, le trou marquant son emplacement peut s'agrandir par en bas sous la poussée intestinale qui, dans cette direction, rencontre un tissu cicatriciel, facilement dilacérable.

Ainsi, *a priori*, les éventrations devraient être très rarement constatées par les chirurgiens qui emploient la méthode de Delagénère. Cette supposition s'est-elle trouvée vérifiée pour la série des malades opérés ces trois dernières années par le Docteur Papin ?

Sur un total de 362 appendicectomies, 105, soit 29 %, ont été drainées ; on peut les répartir de la façon suivante :

- 1° Péritonites généralisées, 51 ;
- 2° Appendicites gangréneuses, 31.

En se reportant à la classification faite plus haut, on peut voir que ces chiffres représentent la totalité des péritonites et des appendicites gangréneuses déjà énumérées.

3° Appendicites aiguës, 23.

Il s'agit là de cas douteux pour lesquels le drainage n'est qu'une question de prudence : appendices purulents ou en voie de gangrène, légère réaction péritonéale.

Sur ces 105 malades, 9 (qui présentaient des lésions très graves et dont nous nous sommes occupé dans un précédent chapitre) sont décédés. Il en reste donc 96 vivants. Aucun d'eux, en sortant de l'hôpital après un séjour de trois semaines à un mois, ne présentait d'éventration. De plus, au moment de leur départ, les convalescents chez lesquels on redoute quelques troubles sont convoqués pour une consultation à date ultérieure ; plusieurs reviennent en se plaignant de petits incidents d'ordre digestifs ou autres, mais jamais nous n'en avons vu dont la paroi fut effondrée. Deux cas font exception ; il s'agissait de deux enfants de 13 à 14 ans, mais tous les deux étaient étrangers à la région ; ils avaient été opérés autre part et ne présentaient pas l'incision transversale. Cette complication est peut-être d'ailleurs plus rare chez l'enfant, qui n'a aucune raison pour avoir une mauvaise sangle abdominale, que chez l'adulte ; néanmoins, les deux cas précédents montrent sa possibilité ; or, nous n'en avons jamais vu chez les sujets opérés suivant la technique de Delagénère.

En consultant les observations prises dans le service du Docteur Papin pendant les années 1934, 35 et 36, nous ne pouvons pas non plus relever un seul

exemple d'éventration, pour une centaine d'appendicectomies avec drainage. Le nombre assez élevé de malades pendant ce total de six ans ne permet pas de penser qu'il s'agisse là d'un hasard ; ces résultats heureux sont, au contraire, la règle générale.

CONCLUSIONS

L'examen de la statistique précédente nous permet de conclure que la mortalité consécutive à l'appendicectomie par la méthode de H. Delagénère est faible puisqu'elle oscille autour de 2,5 %. Cependant, le véritable intérêt de cette méthode nous paraît résider surtout dans les faits suivants :

I. — Les complications sont très rares, en particulier les abcès secondaires. Or ceux-ci sont d'ordinaire très ennuyeux : on connaît leur danger et l'on sait qu'ils nécessitent souvent une réintervention.

II. — Le risque d'éventration est pratiquement supprimé; il ne s'en est jamais rencontré chez les enfants opérés dans le service depuis dix ans; pourtant tous ont été revus systématiquement quelques mois après leur sortie de l'Hôpital. Or, la crainte de l'éventration est une des raisons qui expliquent la tendance actuelle de nombreux chirurgiens à abandonner la pratique du drainage. Quiconque adopte le procédé de Delagénère n'a plus cette appréhension, et garde la liberté de drainer chaque fois qu'il juge prudent de le faire, puisqu'il sait que cela n'entraînera aucun inconvénient.

III. — Le drainage latéral droit, dont l'efficacité fut reconnue à l'unanimité des praticiens, après les interventions abdominales, n'est, schématiquement, que le drainage qu'employait depuis longtemps H. Delagénère chez les opérés d'appendicite. Si son usage s'est étendu par la suite à d'autres opérations, pourquoi l'appendicectomie ferait-elle, maintenant, exception ?

Le cadre de cette étude serait trop étroit pour mettre en relief tous les avantages de l'incision transversale. C'est pourquoi nous nous sommes simplement borné à exposer les résultats qu'elle a donnés en l'appliquant à quelques centaines de malades, amenés par le hasard dans le Service de Chirurgie infantile d'un hôpital qu'illustra, jadis, l'auteur même de la méthode.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNET. — Incision iliaque basse transversale dans la technique de l'appendicectomie. (*Lyon Chirurgical*, 1925, p. 712.)
- A.-J. COKKINIS. — On approaching appendix through transverse incision. (*Lancet*, 2 : 1396-1397, déc. 27-1930.)
- R.-A. CUTTING. — Transverse incision in 100 consécutive appendectomies. (*Am. J. Surg.* 17 : 369-383, sept. 1932.)
- Y. DELAGÉNIÈRE. — Traitement des appendicites aiguës par l'incision et le drainage de Henry Delagénère. Technique et résultats d'après 2.352 observations. (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 34 : 126-131 février : 34.)
- Incision transversale pour le traitement et le drainage des appendicites aiguës. (Cinquante techniques chirurgicales de Henry Delagénère.)
- I. GONI-MORENO. — Técnica de la appendicectomia Mac Burney por incision transversal. (*Arch. Argent. de enferm. d. ap. digest. y de la Nutricion* 12 : 477, 533, June-July 1937.)
- A. GUADAGNIAL. — Por que preferio la incision de Mac Burney en la operation del appendice. (*Revue Med. latino-amer.* 21 : 349-357, décembre 1935.)
- H. ISELIN. — Superiority of Mac Burney's incision over buttonhole incision. (*Schweiz med. Wchuschr.* 58 : 675-677, 7 juillet 1938.)

- K. LOGOTBETOPULOS. — Erleichterung der Appendektomie bei Langs. Und Querschnitt und vereinfachung der Eroffnung des Peritoneums. (*Grèce Médicale*, t. XXXII, janv. fev. 1933.)
- MERMINGER. — Le choix de l'incision dans l'appendicectomie. (*Zentralblatt f. Chir.* LIX n° 29, 16 juillet 1932.)
- M. R. REID. — Appendectomy operative procedures including Mac Burney incision. (*Surger. Gyn. Obst.*

